



Im Zentrum, 8105 Regensdorf

info@allinone-vt.ch

www.allinone-vt.ch

1. Arbeitgeber						
Name						
Adresse						
Postleitzahl / Ortschaft						
Telefon / Fax						
Versicherungsgesellschaft						
Versicherungsvertrags-Nr.						
2. Versicherte Person						
Name, Vorname						
Adresse						
Postleitzahl / Ortschaft						
Geburtsdatum und Geschlecht				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Zivilstand		<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt <input type="checkbox"/> Verwitwet				
AHV-Nr (11-stellig - xxx.yy.xxx.nnn)						
Telefon privat / Natel						
Mail						
Postcheckkonto oder Bankverbindung						
3. Arbeitsvertrag						
Tätigkeit und Beruf						
Datum der Anstellung						
Bei Kündigung, Datum der Kündigung						
Bei befristeter Anstellung, Enddatum						
4. Bei ausländischer Nationalität						
Nationalität						
Arbeits-, Niederlassungsbew. (A,B,C,F,G,L,N)						
Quellensteuerpflichtig		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja : no RCE				
5. Arbeitsunfähigkeit						
Datum der Einstellung der Arbeit						
Falls bekannt : Datum der Arbeitsaufnahme				Aufnahme zu : %		
Art des Gesundheitsschädigung						
Seit wann zum 1. Mal						
Name, Vorname, Ortschaft des 1. Arztes						
Handelt es sich um Folgen eines Unfalls ?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Beh.Arzt (wenn verschieden):		Name, Vorname, Ortschaft				
		Datum der 1.Konsultation				
6. Wöchentliche Arbeitszeit						
In Tagen		In Stunden		In Stunden im Betrieb		
Beschäftigung:		<input type="checkbox"/> Regelmässig <input type="checkbox"/> Unregelmässig <input type="checkbox"/> Teilweise Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Volle Arbeitslosigkeit				
7. Lohn						
	CHF pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr	
Grundlohn brutto, (inkl. Teuerungszulagen)						
Schicht / Provision						
Kinder-, Familienzulagen						
Ferien-, Feiertagsentschädigung (% oder CHF)						
Gratifikation / 13.Monatslohn (% oder CHF)						
Andere Zulagen – Art :						
Naturalleistungen - Art:						
8. Leistungen anderer Sozialversicherungen						
Hat die versicherte Person bereits Anrecht auf Taggelder oder einer Rente einer Sozialversicherung : Krankenkasse, UVG-Versicherung, IV-, AHV-, Militär-, oder Arbeitslosenversicherung?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche :		

Im Zentrum, 8105 Regensdorf info@allinone-vt.ch www.allinone-vt.ch

9. Anweisungen für den Krankheitsfall:

Die versicherte Person, der Arbeitgeber oder deren Stellvertreter müssen diese Krankheitsanzeige ausfüllen und sie so bald als möglich der "Versicherungsgesellschaft" zustellen.

Bei jedem Besuch oder jeder Konsultation weist die versicherte Person das Kontrollblatt für die Arbeitsunfähigkeit dem behandelnden Arzt vor, damit er die erforderlichen Eintragungen machen kann.

Nach Abschluss des Falles händigt die versicherte Person das Kontrollblatt für die Arbeitsunfähigkeit ihrem Arbeitgeber aus. Dieser trägt das Datum der Wiederaufnahme der Arbeit ein und schickt es unverzüglich der Agentur der "Versicherungsgesellschaft" zurück.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit mehr als einen Monat, ist am Ende jeden Monats eine Kopie des Kontrollblattes der Agentur der "Versicherungsgesellschaft" zu übermitteln.

10. Bearbeitung der persönlichen Daten :

Die versicherte Person ermächtigt hiermit die "Versicherungsgesellschaft" im erforderlichen Umfang alle Angaben über ihren Krankheitsfall anderen Versicherern in der Schweiz oder im Ausland, namentlich Mit- und Rückversicherern mitzuteilen. Ferner darf die "Versicherungsgesellschaft" von diesen Versicherern Auskünfte einholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten nehmen.

Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Anerkennung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen.

11. Auskunftsrecht:

Die versicherte Person entbindet Spitäler, Ärzte, Behörden, Versicherungsgesellschaften oder -einrichtungen, insbesondere die Invalidenversicherung und die Einrichtungen für die berufliche Vorsorge von der Schweigepflicht und ermächtigt letztere, der "Versicherungsgesellschaft" alle im Zusammenhang mit einem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

12. Überversicherung:

Aufgrund der vertraglichen Bestimmungen ermächtigt die versicherte Person die "Versicherungsgesellschaft" zur vollen oder teilweisen direkten Rückforderung bei den Einrichtungen der Sozialversicherung (Invalidenversicherung, Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, UVG-Versicherung, Arbeitslosenversicherung, Eidg. Militärversicherung) der erbrachten Leistungen, dieser Einrichtungen, sofern sie mit den Tageldern der "Versicherungsgesellschaft" gemeinsam erbracht werden.

13. Freizügigkeit:

Die versicherte Person hat unter gewissen Bedingungen das Anrecht auf Freizügigkeit in die Einzelversicherung. Um gültig zu sein, muss ein entsprechendes Gesuch durch die versicherte Person innert **30 Tagen** nach Ende des Arbeitsverhältnisses schriftlich gestellt werden.

14. Weitere Exemplare

Weitere Exemplare des vorliegenden Formulars sind auf der Webseite www.allinone-vt.ch Rubrik im Schadenfall erhältlich.

Die versicherte Person und der Arbeitgeber erklären, die Fragen des vorliegenden Formulars gewissenhaft beantwortet und von den obigen Artikel Kenntnis genommen zu haben.
Der Arbeitgeber übergibt der versicherten Person eine Kopie des vorliegenden Formulars

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person :

Unterschrift des Arbeitgebers :

Kontrollblatt der Arbeitsunfähigkeit

Im Zentrum, 8105 Regensdorf

info@allinone-vt.ch

www.allinone-vt.ch

1. Versicherte Person					
Name, Vorname					
Adresse					
Postleitzahl / Ortschaft					
Geburtsdatum und Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
2. Schadenfall					
Datum des Unfalls oder der Krankheit		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit			
Schadendossier-Nr. "Versicherungsgesellschaft"					
3. Arzt	Konsultationen : Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	Nächste	Erfolgte	%	Ab dem	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Die ärztliche Behandlung endigte am :					
Stempel des Arztes					
4. Arbeitgeber					
Name					
Adresse					
Postleitzahl / Ortschaft					
Versicherungsvertrags-Nr.					
Datum der Wiederaufnahme der Arbeit					
Ort und Datum					
Unterschrift des Arbeitgebers					

5. Hinweise für die versicherte Person:

Dieses Kontrollblatt der Arbeitsunfähigkeit bleibt in den Händen der versicherten Person.

Das vorliegende Blatt ist bei jedem Besuch dem behandelnden Arzt vorzulegen, damit dieser Rubrik Nr. 3 vervollständigt.

Nach Beendigung der ärztlichen Behandlung übergibt die versicherte Person dieses Blatt ihrem Arbeitgeber. Dieser trägt darin das Datum der Wiederaufnahme der Arbeit ein und sendet es unverzüglich der "Versicherungsgesellschaft"

Dauert die Arbeitsunfähigkeit mehr als einen Monat, ist am Ende jeden Monats eine Kopie des Kontrollblattes der "Versicherungsgesellschaft" zu übermitteln.

6. Bemerkungen für den behandelnden Arzt:

Die regelmässige Nachführung des vorliegenden Blattes ermöglicht der "Versicherungsgesellschaft" im Allgemeinen auf Zwischen- und Schlussberichten mit Ausnahme besonderer Fälle zu verzichten.